

LANE

MEDICAL



LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

P. DEBERDT

SPLÉNO-PNEUMONIE

ET

PLEURÉSIES PURULENTES ENKYSTÉES

Président : M. GILBERT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	PIESSINGER	LELORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'en entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

77469

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON MAITRE

M. le Docteur G. CAUSSADE

*Témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Docteur GILBERT

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

SPLÉNO - PNEUMONIE

ET

PLEURÉSIES PURULENTES ENKYSTÉES

INTRODUCTION

Durant le cours de notre externat dans le service de M. le Docteur Caussade à l'Hôtel-Dieu, nous avons eu l'occasion de suivre pas à pas pendant plus de trois mois un malade qui avait présenté nettement un syndrome spléno-pneumonique. C'est cette observation que nous avons pris pour base de notre travail.

Nous essayerons de déterminer quel a été à notre point de vue la cause originelle de cette réaction pulmonaire généralisée.

Nous montrerons par quels points elle peut contribuer à appuyer les hypothèses de MM. Ardin, Delteil et Raynaud (d'Alger) concernant les rapports des pleurésies enkystées interlobaires et des spléno-pneumonies.

Enfin, nous insisterons sur ce fait que, bien que, dans beaucoup de ces cas, les recherches pour découvrir les bacilles de Koch aient été négatives, il n'est malgré tout pas possible d'éliminer leur présence. En tout cas, il faudra toujours être réservé dans son pronostic sur l'avenir des sujets chez qui ont évolué ces affections.

OBSERVATIONS

OBSERVATION (Personnelle)

(Prise dans le Service de M. le Dr Caussade)

Un jeune homme, A..., âgé de 24 ans, après avoir été légèrement indisposé pendant sept jours et s'être cru atteint de grippe, est pris brusquement dans la première semaine de février 1920 d'une douleur pongitive siégeant à la base du poumon, accompagnée d'un gros frisson, d'une dyspnée intense.

Le lendemain, jour où nous voyons le patient pour la première fois dans le service du Dr Caussade à l'Hôtel-Dieu, le facies est pâle et angoissé ; les lèvres et la langue sont sèches. La toux est fréquente, très pénible, mais non quinteuse ; l'expectoration est nulle ; la tachypnée est de 40 à la minute ; la douleur siège dans l'hypocondre droit et irradie le long du trajet du phrénique. Les espaces intercostaux sont immobiles ; le thorax droit présente dans son tiers inférieur une légère voussure, au voisinage de laquelle on constate une circulation veineuse assez développée et un certain empâtement.

A la percussion, en avant à droite les deux tiers inférieurs du poumon sont mats ; les vibrations sont abolies ; le murmure vésiculaire l'est également ; dans le tiers supérieur, la sonorité, les vibrations sont augmentées. Le murmure vésiculaire est normal.

En arrière, dans les deux tiers inférieurs du poumon, on constate de la matité, l'abolition des vibrations, une diminution considérable du murmure vésiculaire ; un souffle à timbre tubopleurétique est entendu le long du bord spinal de l'omoplate, à la partie moyenne sur la hauteur d'un travers de main envi-

ron ; il y a de la bronchophonie, de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone. Contrastant avec ces signes d'épanchement, on note que la matité est identique dans toute son étendue.

Il n'y a pas une zone inférieure mate avec une zone supérieure submate. De plus, la matité est limitée par une ligne horizontale aussi bien en arrière qu'en avant. Enfin, la pectoriloquie aphone s'entend ici dans la région du hile au lieu de s'entendre dans la zone de submatité.

En présence de ces symptômes, on avait d'abord posé le diagnostic de pleurésie de la grande cavité avec épanchement évalué à 1.800 grammes environ.

Plusieurs ponctions exploratrices, pratiquées à différents niveaux avec deux aiguilles, suivant la technique de Mosny dans l'hypothèse d'une pleurésie bloquée, restent négatives.

Nous éliminons de ce fait l'hypothèse de pleurésie diaphragmatique à laquelle la réaction phrénique, la circulation collatérale, l'empatement nous avaient un moment fait penser.

Nous nous rabattons alors sur le diagnostic de spléno-pneumonie, tout en remarquant que la localisation du souffle, de la pectoriloquie aphone et de l'égophonie au niveau de la partie moyenne peut faire soupçonner l'existence d'un foyer tuberculeux ou pleurésie enkystée.

Le dixième jour, les signes physiques sont les mêmes, mais, le souffle qui était devenu plus nettement tubaire à un moment donné, redevient expiratif dans les jours suivants. On note l'apparition de quelques râles sous-crépitaux expiratoires à la base.

Puis, petit à petit, on assiste à l'envahissement total du poumon droit. Cet envahissement, fait digne de remarque, a lieu de bas en haut. Il a le même sens d'ailleurs que la régression qui se fera également de bas en haut.

Le dix-septième jour le poumon droit est pris dans sa totalité. Le souffle tubaire persiste à la partie moyenne accompagné de broncho-égophonie, pectoriloquie aphone ; la région sous-claviculaire reste tympanique on y entend des râles. Au sommet en arrière, il y a de la submatité et on entend également quelques râles bulleux.

Du dix-septième au trentième jour le souffle tubaire et l'égo-phonie disparaissent tandis que les vibrations thoraciques réparaissent. La bronchophonie persiste mais dégagée de tout caractère aigre ; la pectoriloquie aphone persiste également. Des râles sous-crépitants à grosses bulles sont perçus dans la région du souffle. On a l'impression qu'un ramollissement de bloc pulmonaire est en train de s'opérer.

L'expectoration qui était nulle ou insignifiante fait son apparition mousseuse, blanchâtre, avec quelques stries jaunes verdâtres.

Le trente-huitième jour et pendant quelques jours, l'expectoration a été plus abondante ; le point de côté a beaucoup diminué d'intensité.

Les signes physiques sont à ce moment les suivants :

A la face antérieure : à la partie moyenne et au sommet, tympanisme avec résistance au doigt. Bronchophonie, retentissement de la toux ; quelques râles sous-crépitants.

A la face postérieure : matité dans les deux tiers supérieurs du poumon. Les vibrations, le murmure vésiculaire existent mais très diminués. La bronchophonie et la pectoriloquie aphone persistent à la partie moyenne.

A la base, il n'y a plus que de la submatité ; on y perçoit de gros râles humides : elle semble dégagée. La radiographie du reste confirme les résultats de l'examen clinique.

Les quarante et unième, quarante-deuxième, quarante-quatrième jours l'expectoration diminue de nouveau. On note une réascension thermique.

Le cinquantième jour, nouvelle expectoration muco-purulente.

Le cinquante-septième jour, pas de modifications sensibles dans les signes physiques. La matité semble moins étendue ; les râles diminuent de nombre et se tassent à la partie moyenne.

Le soixante et unième jour les douleurs thoraciques augmentent à nouveau d'intensité.

Le soixante-cinquième jour. En avant, les vibrations sont exagérées, la respiration est soufflante ; la voix et la toux retentissantes. En arrière, il y a toujours des signes de congestion à

la partie supérieure : mais ces signes sont moins accusés que précédemment.

Dans le tiers moyen on perçoit de la matité, des frottements de la bronchophonie, une expiration soufflante qui semblent correspondre à un foyer siégeant à la partie moyenne de la scissure horizontale.

Cette localisation, pour la première fois, devient nettement perceptible : auparavant les signes de la base et ceux du sommet empêchaient de localiser nettement les signes perçus à la partie moyenne.

Le soixante-douzième jour, le malade a des quintes de toux violentes accompagnées de crachats abondants. Il s'agit d'une véritable vomique.

La fièvre disparaît, l'état général est très amélioré bien que les signes physiques persistent : la base en arrière est complètement dégagée. Dans le tiers supérieur du poumon, tant en arrière qu'en avant, existe de la submatité : l'expiration y est prolongée et soufflante surtout en avant. Les vibrations sont normales.

A la partie moyenne, on distingue nettement des frottements râles, des râles sous-crépitants, de la bronchophonie, de la pectoriloquie aphone.

Le quatre-vingt-troisième jour, le malade commence une crise de rhumatisme articulaire aigu, d'une durée de vingt-cinq jours environ ; ont été prises successivement les articulations suivantes : poignet gauche, coude, épaule gauches ; tibio-tarsienne et poignet droits ; coxo-fémorale gauche et finalement le coude droit ; les articulations sont augmentées de volume, empâtées, très douloureuses ; cette crise s'accompagna de tachycardie, d'hyperthermie, de sueurs abondantes. Elle fut rebelle au salicylate de soude ; la blennorragie n'était pas en cause.

Le cent troisième jour, le foyer de la partie moyenne devient plus évident. La radioscopie révèle une zone noirâtre en galet le long de la ligne axillaire, visible sur le schéma. Une ponction faite dans cette zone ne ramena aucun liquide.

A la partie moyenne du poumon, persiste un foyer net. Des

ponctions exploratrices faites à différentes profondeurs restent négatives ; le volume des collections liquides, s'il en existe, n'est sans doute pas suffisant pour être atteint de cette manière.

Le cent dixième jour, le foyer existe encore mais restreint. Dans la ligne axillaire, persiste un léger foyer de condensation avec matité, diminution du murmure vésiculaire et des vibrations, accompagné de bronchophonie, pectoriloquie aphone et d'un léger souffle.

Le malade part faire une cure de repos à la campagne. Il revient le vingtième jour avec un état général très amélioré ; il a beaucoup engraisé. Il nous raconte que pendant longtemps il a eu des quintes de toux coqueluchoïdes, suivies d'expectoration muco-purulente abondante. Ces quintes l'ont obligé à changer de station car là où il était l'entourage s'inquiétait et ne voulait pas « d'un tuberculeux ». A ce moment, on note :

En avant au sommet submatité ; les vibrations sont augmentées ; l'expiration est prolongée et soufflante ; quelques râles fins, secs, brefs.

En arrière au sommet, submatité ; les vibrations sont augmentées ; la respiration est également soufflante : il y a des râles secs et fins.

A la partie moyenne, submatité ; les vibrations sont augmentées ; il n'y a plus de souffle. La respiration est diminuée ; il y a quelques frottements ; il ne subsiste ni bronchophonie, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone.

Un an après, le malade était en Cochinchine ; son médecin nous signale que l'état général est bon, mais il persiste toujours une obscurité suspecte du sommet droit et de la submatité à la partie moyenne, avec diminution du murmure vésiculaire.

Les radioscopies qui ont été pratiquées chez notre malade ont donné les résultats suivants :

Au trentième jour, obscurité de toute la plage pulmonaire droite sans déviation du cœur et du médiastin. L'ombre est uniformément opaque dans les trois quarts inférieurs, moins opaque dans la moitié supérieure. On aperçoit mais difficilement les arcs costaux. Pas de ligne supérieure limitant la partie supérieure de la zone inférieure assez opaque. La colonne vertébrale

est avec attention visible à droite. Il n'y a pas d'ombre ni de tache visibles dans la zone d'opacité inférieure. Le poumon gauche est normal.

Le trente-huitième jour, à la base droite, l'ombre est beaucoup moins foncée et permet de distinguer le profil du diaphragme, alors qu'au dernier examen il n'y avait aucune ligne de démarcation entre l'ombre foncée du foie et l'ombre noire de la spléno-pneumonie. Les trois quarts supérieurs du poumon donnent une ombre aussi dense que celle du foie.

Le soixante-cinquième jour, le tiers supérieur de la plage pulmonaire droite et la base sont moins foncées, quoique l'opacité de la zone supérieure semble plus marquée.

La base est beaucoup plus claire que précédemment. Au tiers moyen l'ombre persiste très foncée et reproduit celle du foie.

Le foyer situé à la partie moyenne et reconnu à l'auscultation est confirmé par la radioscopie.

Le cent-troisième jour, opacité allongée le long de la partie externe du poumon, à limite très nette, ayant la forme d'un gallet allongé.

Telles étaient les indications que nous avons pu rassembler concernant notre malade.

Devant l'ensemble de ces symptômes, il est compréhensible que notre diagnostic ait été longtemps indécis. Le diagnostic de pleurésie de la grande cavité avait été grâce aux ponctions exploratrices, éliminé immédiatement. Celui de pleurésie diaphragmatique le fut également.

Restait donc l'hypothèse d'une spléno-pneumonie. Mais étant donné que nous savons que *celle-ci est de nature très diverse*, il était nécessaire de dépister son origine.

Les premiers jours, nous pensions nettement à une spléno-pneumonie tuberculeuse.

Le sujet avait en effet trainé quelques jours avant de tomber définitivement et les signes qui nous étaient présentés ressemblaient assez à ceux du stade de formation du bloc tuberculeux dans les tuberculoses aiguës. Nous penchions d'autant plus vers cette hypothèse que l'état général de notre malade était assez inquiétant. Cependant il n'y avait ni expectoration, ni hémoptysies. De plus les vibrations thoraciques étaient abolies et non augmentées.

Dans les jours suivants, l'évolution aurait dû se manifester par des signes de fonte et d'élimination du bloc pulmonaire : elle fut tout à fait différente.

La localisation du souffle, de la pectoriloquie aphone au début, à la partie moyenne, avait bien attiré notre attention du côté de l'interlobe ; mais les signes physiques existant à la base et au sommet étaient si intenses qu'ils masquaient complètement son existence.

Ce n'est guère que le trente-huitième jour que la disposition scissurale des lésions nous apparut à peu près certaine. Au fur et à mesure que la résolution se faisait à la base et au sommet, l'existence de ce foyer à la partie moyenne de la scissure horizontale devint encore plus évidente. Du reste ce n'est guère que le soixante-cinquième jour que la radiographie nous confirma son existence. Nous supposons donc que nous nous sommes trouvés en présence d'une réaction congestive pulmonaire intense et étendue provoquée par l'existence de petits foyers enkystés au siège de l'interlobe supérieur droit. C'est cette condensation pulmonaire combinée avec l'œdème des tissus pleuraux, qui nous don-

nait les signes stéthoscopiques simulant au début la pleurésie avec épanchement.

Autour de ces petits foyers purulents dont les dimensions étaient probablement minuscules, puisque ni les ponctions exploratrices, ni les radiographies n'ont pu nous les déceler, s'était créé cette réaction du parenchyme pulmonaire à caractère spléno-pneumonique. Cette fluxion s'est prolongée tant que l'évacuation de ces foyers n'a pas été complète. Du reste il faut remarquer que des petits ilots congestifs ont subsisté, sous forme de cortico-pleurite du sommet.

La lecture de cette observation fait ressortir combien les signes cliniques restaient obscurs. On verra par la suite que dans de nombreuses observations semblables à la nôtre, les radiographies et les ponctions exploratrices ne permettent pas toujours de résoudre le problème, bien que dans des cas heureux elles aient pu livrer la clef du diagnostic.

Nous nous sommes basés surtout pour cette interprétation sur l'étude approfondie de l'expectoration à laquelle a bien voulu se livrer M. le Dr Caussade. Il s'agissait de ne point laisser passer ces vomiques fragmentées, parcellaires sur lesquelles Dieulafoy et Hirtz ont justement insisté, d'autant plus difficiles à saisir que le volume de l'abcès interlobaire est plus petit. Par l'étude histologique des crachats M. Caussade est arrivé à établir une distinction entre la part pleurale et la part pulmonaire de l'expectoration.

Cette expectoration au début en effet était nulle ou insignifiante. Brusquement, le trentième jour, elle appa-

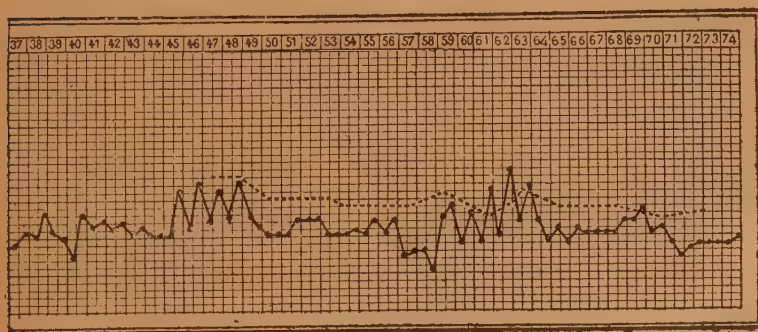
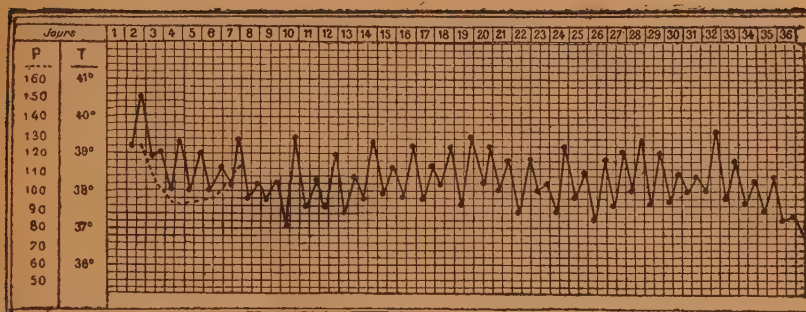
rait en assez grande quantité, mousseuse, blanchâtre, avec quelques stries jaunes verdâtres coïncidant avec un abaissement de la température.

Le trente-neuvième jour l'expectoration devient plus abondante ; elle n'est guère plus mousseuse ; elle est plus verdâtre. Elle correspondait au dégagement de la base pulmonaire droite.

L'examen des crachats pratiqués à ce moment a montré qu'ils contenaient surtout des cellules épithéliales, quelques rares polynucléaires, avec peu de mucus hyalin et surtout des gouttelettes séro-albumineuses ; en somme crachats de simple congestion pulmonaire. On sait que ces pneumonies séro-épithéliales sont caractérisées, au point de vue histologique, par la chute des cellules épithéliales des alvéoles sous l'influence de la transsudation de la sérosité, ces cellules subissant une désintégration consécutive ; les polynucléaires apparaissant sont un signe d'amélioration ou même de guérison. En somme, cette expectoration jusqu'au quarantième jour ne contenait aucune trace de pus. Elle témoignait simplement du déblocage des alvéoles pulmonaires et du dégagement des bronchioles et des bronches. Ce n'était pas par conséquent une vomique mais bien plutôt une *pseudo-vomique*.

Dans les jours suivants, une modification importante s'accomplit : l'expectoration devient nettement mucopurulente.

Au lieu des quelques polynucléaires que l'on trouvait auparavant et dont l'apparition était peut-être liée à l'irritation due au passage incessant du transsudat



épithélial, nous trouvons maintenant prédominance de ces polynucléaires altérés. Les cellules épithéliales sont devenues rares ; le mucus hyalin est peu abondant ; les gouttelettes séro-albumineuses forment le fond de la préparation.

Cette fois nous nous trouvons bien en présence de pus : il s'agit de *véritabte vomique*. Cette vomique nous autorise à supposer l'existence d'un foyer purulent enkysté.

Si maintenant nous comparons la courbe thermique à la marche de l'expectoration, nous faisons les constatations suivantes :

Pendant toute la période où l'expectoration a manqué, les oscillations thermiques sont plus ou moins prononcées. Dans la suite, tantôt de longues et assez fortes rémissions, tantôt de légères oscillations sont en rapport soit avec la suppression soit avec l'émission des crachats. Ce fait banal d'hyperthermie coïncidant avec la rétention mérite toutefois dans notre cas particulier d'être interprété. En effet tant que l'expectoration n'a traduit que le déblocage des alvéoles pulmonaires (du 30 au 39^e jour) la courbe thermique a seulement fléchi faiblement. Du jour où l'expectoration a été nettement purulente, l'abaissement a été plus net, plus évident.

Ce n'est du reste que lorsque cette évacuation fut terminée que les signes physiques perçus à la partie moyenne et révélant un foyer, ont disparu.

Les symptômes généraux présentés par notre malade ne sont-ils pas ceux que l'on observe toutes les fois qu'il existe des collections suppurées qui ne parviennent

pas à s'évacuer à l'extérieur ? Le teint plombé, l'amaigrissement, les sueurs traduisaient l'infection profonde de ce malade.

Il n'est pas même jusqu'à cette attaque de rhumatisme articulaire aigu que l'on ne puisse considérer comme un phénomène toxi-infectieux dû à la virulence exaltée des agents microbiens en vase clos.

Les observations publiées par MM. Ardin Delteil, sont venues enfin nous confirmer dans cette idée que la spléno-pneumonie de notre malade était bien due à l'existence d'une collection enkystée interlobaire à évacuation retardée.

Voici en effet les observations publiées à ce sujet par MM. Ardon Delteil Raynaud dans le *Paris Médical* du 12 juin 1922.

OBSERVATION I (Résumée)

Une femme de 59 ans présente un syndrome pseudo-pleurétique droit sans expectoration. La ponction ne permet de retirer aucun liquide. Le diagnostic de spléno-pneumonie est envisagé. Cette spléno-pneumonie se prolonge, lorsqu'au bout d'un mois la malade a une vomique. Une ponction profonde au niveau de l'interlobe permet de ramener du pus.

OBSERVATION II (Résumée)

Une femme de 20 ans, sans antécédents dignes de remarque, entre le 20 août à l'hôpital se plaignant d'un point de côté. L'état général est mauvais.

A l'examen on note de la matité dans les 2/3 inférieur du poumon gauche avec souffle doux inspiratoire, égophonie ; il existe un peu de toux. L'expectoration est nulle ; dix jours

après son entrée persistance des mêmes signes ; la ponction exploratrice faite avec deux aiguilles est également négative.

Une radioscopie montre une obscurité complète du poumon jusqu'à la hauteur de la clavicule.

On pratique de nouvelles ponctions exploratrices, toujours en vain.

Le 30 septembre, la malade se met à cracher assez abondamment mais non sous forme de vomique. Les crachats purulents ne contiennent pas de bacilles de Koch.

Le 9 octobre le professeur Ardin Delteil pense à une collection enkystée dans les plèvres scissurales, deux nouvelles ponctions sont faites, elles sont négatives.

Le 13 octobre, nouvelle radiographie. L'obscurité complète du poumon gauche va en se dégradant de bas en haut. De nouvelles ponctions sont faites : on ne retire toujours pas de liquide.

Nouvelle radiographie le 24 octobre : pour la première fois, on note au milieu de l'obscurité générale une obscurité suspendue dont les contours surtout en haut ne sont pas nets.

L'expectoration diminue ; le sommet redevient perméable.

A la partie moyenne du poumon on perçoit un souffle aux deux temps ; la toux est moins quinteuse.

Le 7 novembre, radioscopie : le diaphragme gauche est toujours visible ; au-dessus du diaphragme deux régions sombres séparées par un espace moins sombre, la moitié supérieure du poumon est sensiblement normale.

Le 14 novembre, pour la première fois à la partie moyenne M. Ardin Delteil note un souffle lointain expiratoire avec égophonie : en somme on note un foyer suspendu.

25 novembre. — Disparition du souffle et de l'égophonie de la partie moyenne du poumon gauche. La radiscopie montre un voile de la base gauche et de la partie moyenne et une diminution de transparence du sommet. »

On voit combien par de nombreux points cette deuxième observation ressemble à la nôtre. C'est le

même début par un syndrome pseudo-pleurétique avec grande intensité de phénomènes généraux, même manifestation tardive du foyer suspendu, même évolution prolongée ; les examens radiologiques, les ponctions n'ont pas apporté beaucoup de précisions ; la courbe thermique, les vomiques viennent confirmer le diagnostic de collection interlobaire enkystée.

M. Ardin Delteil à ce propos fait remarquer combien il est fréquent que la pleurésie interlobaire ne se traduise pas toujours par des symptômes aussi nets que ceux décrits par Dieulafoy. La recherche de la matité suspendue, au milieu de toute la réaction congestive est particulièrement délicate.

Il semble cependant maintenant que ces manifestations spléno-pneumoniques des pleurésies interlobaires enkystées soient mieux connues.

M. le Professeur Chauffard dès janvier 1914 a attiré l'attention sur l'existence de ces foyers interlobaires se manifestant par une symptomatologie telle qu'on pense à une pleurésie de la base et il insiste sur ce fait que ces foyers ne sont souvent décelables ni par ponction exploratrice ni par radiologie.

M. Guy La Roche et Huber ont publié également plusieurs observations où sous un syndrome pseudo-pleurétique de la base, se masquait une pleurésie interlobaire.

Dans les observations I et II il s'agit de malades chez lesquels il existait un syndrome pseudo-pleurétique mais dans ces deux cas la ponction exploratrice, où la radiographie avaient permis le diagnostic.

L'observation III paraît se rapprocher beaucoup plus par le peu de netteté des symptômes observés, du cas que nous avons observé.

OBSERVATION III (Résumée)

(Guy la Roche)

Un malade présentant des signes d'épanchement d'abondance moyenne est pris le vingt-troisième jour de sa maladie d'une vomique fétide d'un litre environ ; le médecin qui le soignait l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic de pleurésie purulente en faisant remarquer que plusieurs ponctions exploratrices pratiquées avaient été négatives.

A l'examen on trouva une matité remontant à trois ou quatre travers de doigt sous la clavicule en avant ; l'espace de Traube est mat ; la respiration soufflante.

En arrière, matité hydrique depuis la base jusqu'à la hauteur de la fosse sous-épineuse ; à l'auscultation un souffle à timbre amphorique occupait la partie moyenne de l'hémitorax gauche, on entendait des râles sous-crépitaux. Au même niveau on percevait un bruit de flot à la percussion.

A l'examen aux rayons X, opacité absolue occupant toute la base et remontant jusqu'à la limite supérieure de la matité.

Une ponction exploratrice sous la pointe de l'omoplate ramène du pus fétide.

« Les signes physiques » disent MM. Guy La Roche, Brodin et Huber, « permettaient de croire à un épanchement abondant de la grande cavité pleurale. L'hypothèse d'une pleurésie interlobaire ne s'étayait que sur la vomique et l'existence d'un souffle à timbre amphorique profond qu'on ne percevait qu'à la limite supérieur de la matité dans la région de l'aisselle.

« La radiologie elle-même pouvait tromper. Elle montrait une obscurité massive occupant en position frontale antérieure, la

moitié inférieure du thorax gauche. De même en arrière on ne voyait nulle part de poche gazeuse. »

Dans ce cas comme dans celui de M. Ardin Delteil et le nôtre, le diagnostic était très délicat.

L'autopsie qui dans ce cas a pu être pratiquée permet de se rendre compte d'où vient cette symptomatologie trompeuse. La poche interlobaire descendait assez bas et toute la base du poumon était dans un état de splénisation qui expliquait les signes stéthoscopiques et radiologiques. L'examen histologique révéla une desquamation des cellules alvéolaires avec envahissement par quelques polynucléaires. Cette formule histologique se rapproche beaucoup de celle que nous avait fourni l'analyse des crachats et les ponctions chez notre malade.

MM. Guy La Roche, Brodin et Huber font ressortir que le diagnostic ne peut se faire que par les ponctions exploratrices et les radiographies répétées et, ajoutent-ils le diagnostic peut rester très difficile ; seule l'existence de vomique fractionnée ou nummulaire permet de conclure en faveur du diagnostic : c'est justement sur ce point que nous nous sommes basés dans notre cas particulier.

Nous citerons encore l'observation suivante communiquée par M. le Dr Caussade, prise en clientèle urbaine.

Un homme de 62 ans, antérieurement bien portant, est pris brusquement d'un point de côté à la base gauche.

Pendant deux mois environ, fièvre rénitente à 39-38 degrés.

Tous les signes physiques d'un épanchement de la grande

cavité, perçus dans les 2/3 inférieurs de l'hémithorax gauche.

A 6 reprises différentes, des ponctions ont été faites avec deux aiguilles, à différentes hauteurs, à différentes profondeurs, tant en avant qu'en arrière ou sur la ligne axillaire, elles furent négatives.

Le diagnostic de pleurésie enkystée posé est maintenu.

Trois mois environ après le début survient une vomique assez abondante, purulente et quinze jours environ après la résolution complète était obtenue.

Nous croyons donc ne pas nous avancer trop, si par rapprochement avec les observations ci-dessus citées, nous concluons à l'existence d'une collection enkystée logée dans l'interlobe ayant provoqué la spléno-pneumonie de notre malade.

Nous sommes maintenant conduits à nous demander avec M. Ardin Delteil si derrière beaucoup de spléno-pneumonies ne se cachent pas des abcès interlobaires enkystés.

Distinguée difficilement tout d'abord des autres congestions pulmonaires, élevée par Grancher au titre d'entité morbide, la spléno-pneumonie semble devoir passer maintenant au rôle de réaction congestive susceptible d'apparaître dans certaines conditions déterminées. Les observations de MM. Guy La Roche, Huber et Brodin, celles de M. Ardin Delteil, la nôtre enfin paraissent prouver que les collections interlobaires enkystées en seraient l'origine fréquente. Il est fort possible que dans de nombreux cas les petits volumes des collections n'aient pas permis aux observateurs de se rendre compte exactement de l'origine de l'affection qu'ils étaient appelés à traiter.

Dieulafoy du reste ne disait-il pas : « j'ai la conviction que nombre de pleurésies interlobaires réduites aux proportions d'abcès interlobaires passent inaperçues. » De nombreux auteurs avaient déjà signalé l'existence de la spléno-pneumonie combinée à une pleurésie interlobaire.

Thirollox et Rosenthal dans le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1907, publient deux observations où après un début avec symptômes pseudo-pleurétiques de la base, sans liquide à la ponction, après un examen radiologique où la base s'était montrée complètement opaque, était apparue une vomique à la suite de laquelle les signes de pleurésie interlobaire étaient nettement manifestes. Mais ces auteurs ne semblent voir dans ces faits qu'une succession de deux maladies différentes et ils n'en tirent aucune conclusion de relation de cause à effet.

Ces coexistences sont signalées assez fréquemment par différents auteurs : Faisans, Roman et Guignot Gallois.

Ces cas doivent être assez fréquents, ou plutôt ils le deviendront davantage maintenant que nous sommes mieux à même, avec des moyens diagnostiques plus précis, de les dépister. Nous partageons tout à fait l'avis de M. Ardin Delteil quand il fait remarquer que dans de nombreux cas considérés anciennement comme des spléno-pneumonies pures, les symptômes consignés invitent à penser que les auteurs sont passés à côté de pleurésies interlobaires.

C'est ainsi qu'on en trouve des exemples dans la

thèse de Ducatillon (de Lille, 1908) qui s'est livré à un travail à propos de la spléno-pneumonie.

Nous citerons par exemple l'observation II qui semble démonstrative :

OBSERVATION II (résumée)

(Thèse de Ducatillon)

Une malade de dix-sept ans, après un début brusque par point de côté localisé au sixième espace intercostal présente des signes de pleurésie. Une ponction ne ramène pas de liquide.

Le treizième jour apparaît une expectoration assez abondante, sans changement dans les signes physiques.

Le quinzième jour, réascension thermique et envahissement de la partie supérieure du poumon qui est ainsi pris dans sa totalité. On note l'apparition d'un souffle interscapulaire net. La ponction exploratrice est négative ; à la radiographie le poumon est obscur dans toute sa hauteur.

Le trente et unième jour la température remonte ; des râles muqueux et cavernuleux sont perçus. L'état général est mauvais. Les signes font penser à une affection tuberculeuse aiguë avec fonte pulmonaire.

Le trente et unième jour apparition d'une véritable vomique, après une quinte de toux coqueluchoïde ; cette vomique se prolonge une quinzaine de jours ; ensuite les signes physiques régressent pour se limiter au tiers inférieur du poumon, où la submatité persistera longtemps.

Il semble que là un foyer purulent ait échappé à l'examen des observateurs.

De plus Ducatillon dans son étude d'ensemble des signes cliniques de la spléno-pneumonie fait des remarques troublantes.

Il insiste sur l'influence des vomiques sur la marche de la température.

Il constate qu'en général à la base les signes changent peu, mais qu'à la partie moyenne, on perçoit souvent des souffles amphoriques, avec râles humides, bulleux et signes pseudo-cavitaires qui nous font penser à l'existence d'un foyer qui se vide ou s'est vidé.

Il attire l'attention sur la gravité de l'état général chez ces sujets : en réalité ce sont des collections purulentes dont l'évacuation est retardée qui entretiennent l'état toxi-infectieux noté par Ducatillon.

En présence de tous ces faits on voit combien il faudra être réservé dans l'application du diagnostic de spléno-pneumonie. Il faudra souvent soupçonner, derrière cette affection, l'existence d'abcès interlobaires enkystés.

Il faudra multiplier les ponctions, les examens radiologiques et surtout surveiller l'expectoration, se rappelant que les abcès peuvent être suffisamment petits pour ne donner lieu qu'à de petites vomiques fractionnées, discrètes, à l'affût desquelles il faudra toujours se tenir.

Peut-on considérer cette forme de spléno pneumonie comme guérissant complètement et sans séquelles ? Il semble que cette opinion soit partagée par M. Ardin Delteil qui écrit que « dans tous ces cas il semble s'agir de pleurésies interlobaires à vomiques retardées entretenant un état toxi-infectieux grave qui entraîne une altération de l'état général pouvant faire suspecter l'évolution d'une tuberculose pulmonaire que toutes

les recherches de laboratoire font éliminer aussi souvent qu'on les répète ».

Nous ne saurions adopter sans réserve cette dernière affirmation. Que tout le processus de réaction congestive intense disparaisse quand la collection est évacuée, que l'état général s'améliore ensuite rapidement, nous l'admettons. Mais nous nous refusons à éliminer l'origine tuberculeuse possible de ces épines irritatives initiales, sur le simple résultat d'examens de laboratoire.

Chez notre sujet particulièrement nous allons montrer combien il convient d'être réservé.

L'analyse des crachats pratiquée de nombreuses fois après homogénéisation et épreuve de l'iodure ne nous a jamais révélé de bacilles de Koch. Nous n'avons trouvé que des microorganismes ayant les caractères morphologiques et tinctoriaux de l'entérocoque.

A plusieurs reprises, les résultats fournis par l'examen des liquides retirés par ponctions ont été négatifs.

A deux reprises des cobayes furent inoculés avec le liquide provenant soit des ponctions pulmonaires, soit des crachats. Les résultats furent négatifs. Il n'y eut ni réaction générale, ni locale. Signalons toutefois l'amai-
grissement assez net d'un des deux animaux.

Une cuti-réaction faite avec 2/10 de milligrammes de tuberculine fut nettement positive vers le soixantième jour, mais on sait combien ce mode de diagnostic de tuberculine a donné lieu à de nombreuses controverses.

Si cependant malgré toutes ces recherches négatives nous persistons à redouter la présence du bacille de Koch c'est pour les raisons suivantes :

Tout d'abord dans les antécédents héréditaires du malade, des parents présentaient des lésions pulmonaires.

Lui-même à l'âge de 21 ans fut réformé pour bronchite suspecte.

Nous devons tenir compte de cette hémoptysie tardive qui survint au deux centième jour, abondante, spumeuse, aérée, vermeille d'une durée d'une demi-heure environ après laquelle l'état général fut momentanément affecté au point d'entraîner un amaigrissement notable.

Nous savons que Dieulafoy a signalé souvent au décours des pleurésies enkystées, après l'évacuation des poches purulentes, des hémoptysies semblables, moins tardives toutefois. Mais ce signe est toujours suspect.

Enfin remarquons la persistance prolongée de submatité du sommet et de la région moyenne avec diminution du murmure vésiculaire qui semblent prouver l'existence à la partie moyenne et au sommet d'une légère scissurite et d'une corticopleurite. Or dans leurs travaux M. Mosny et Malloisel ont insisté sur ces formes de tuberculose où après une réaction congestive généralisée, persistaient à ces points de prédilection, des petits foyers susceptibles à un moment donné, d'entrer de nouveau en évolution.

Du reste l'examen microscopique direct des produits d'expectoration même homogénéisés et centrifuges ne permettent pas toujours de déceler la présence de bacilles tuberculeux, quand ceux-ci sont rares.

Quant à l'inoculation aux cobayes, il se peut si les animaux n'ont reçu que quelques rares bacilles sous la peau, qu'ils ne présentent aucune lésion macroscopique.

Notons toutefois que, malgré ces réserves, nous croyons que chez notre malade il s'agissait simplement d'un abcès pleural enkysté.

CONCLUSIONS

La spléno-pneumonie est un syndrome dont l'étiologie est très diverse. Il avait déjà été démontré qu'elle pouvait masquer un foyer de ramolissement tuberculeux ; on savait qu'elle pouvait être fonction d'un foyer virulent de pneumocoques.

Il semble bien que souvent aussi la spléno-pneumonie soit conditionnée par un abcès pleural enkysté. Nous ne saurions du reste mieux faire que reproduire les conclusions de MM. Ardin Delteil et Raynaud (d'Alger) à ce sujet :

« Derrière toute spléno-pneumonie, il faut systématiquement suspecter l'existence possible d'une collection enkystée interlobaire, généralement purulente, à évacuation retardée, de volume variable qui peut être jugée par une vomique, parfois par une heureuse ponction exploratrice, plus rarement par la radioscopie.

« Le volume de l'abcès scissural peut être si minime que ni les ponctions exploratrices répétées, ni l'examen radioscopique, ni même la vomique ne peuvent le déceler. »

Nous ajouterons que même dans ces cas il convient toujours de soupçonner la nature bacillaire du foyer qui a déclenché toute cette réaction congestive.

Il faudra se méfier des hémoptysies tardives, qui bien

que signalées par Dieulafoy comme un processus favorable, nous semblent toujours très suspectes.

Il sera nécessaire de répéter l'examen des crachats. Nous avons insisté sur l'importance de leur examen histologique.

La recherche du bacille de Koch y devra être faite non au moment des pseudo-vomiques qui manifestent seulement le déblocage des alvéoles pulmonaires, mais au cours des vomiques vraies, après homogénéisation et centrifugation.

Il faudra renouveler les inoculations aux cobayes, multiplier les examens radiologiques qui permettent de déceler les séquelles plus ou moins persistantes.

Il conviendra également de recourir à la réaction de fixation, de tenter l'ensemencement direct des produits d'expectoration comme le recommande le professeur Calmette.

Malgré tout, le pronostic lointain chez ces malades devra à notre avis être toujours réservé.

Le Président de la thèse,

GILBERT

Vu Le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Ardin Delteil (P.) et Raynaud (M).* — Spléno-pneumonie et pleurésie interlobaire. *Paris médical*, 12 juin 1920.
- Guy La Roche, Brodin, Huber.* — *Annales de médecine*, juin 1914, p. 631. Syndrome pseudo-pleurétique de la base dans les pleurésies interlobaires.
- Thirolaix et Rosenthal.* — Société médicale des hôpitaux, 5 juillet 1907, p. 755.
- Ducatillon.* — De la spléno-pneumonie à forme prolongée. Thèse Lille, 1908.
- Caussade (G.) Deberdt (P.).* — *Bulletin Société méd. des hôpitaux*, décembre 1921, p. 1635.

